

182



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LESIONES PROTÉSICAS EN PACIENTES  
GERIATRICOS**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

EDUARDO SAÚL LÓPEZ CHÁVEZ.

DIRECTOR:

CD. ROLANDO DE JESUS BUNEDER



México Junio 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MIS PADRES:**

**Ma. Gloria Chávez Jiménez y Saúl López C.**

**Por darme la vida y por que sin su gran amor, apoyo, confianza y sacrificios, que me brindaron desde los primeros estudios, no hubiera tenido la fortaleza para seguir adelante en este trayecto de aprendizaje.**

### **A MIS HERMANOS:**

**Por su apoyo y motivación para seguir adelante.**

### **A ALEJANDRA:**

**Por ser una persona especial en mi vida y brindarme todo su apoyo en los momentos difíciles.**

### **A MI DIRECTOR:**

**Rolando de Jesús Buneder, por su apoyo en este último escalón de mi carrera profesional.**

**Pero sobre todo a Dios, por la oportunidad que me ha dado de estar aquí y por poner en mi camino a todas estas personas que son lo mas importante de mi existir.**

**Eduardo Saúl López Chávez**

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO 1

1.1	Manifestaciones seniles en la mucosa oral	1
1.2	Importancia del soporte de la prótesis	4
1.3	Características de la mucosa con uso de prótesis	9

#### CAPÍTULO 2

2.1	Resorción ósea	10
2.2	Intolerancia protésica	14
2.3	Factores irritativos o traumáticos	18

#### CAPÍTULO 3

3.1	Hiperplasia papilar	22
3.1.1	Etiología	22
3.1.2	Características clínicas	23
3.1.3	Histopatología	24
3.1.4	Diagnostico diferencial	24
3.1.5	Tratamiento	24
3.2	Úlceras traumáticas	27
3.2.1	Etiología	27
3.2.2	Características clínicas	27
3.2.3	Diagnostico diferencial	28
3.2.4	Histopatología	28
3.2.5	Tratamiento	29

3.3	Hiperplasia marginal	30
3.3.1	Etiología	30
3.3.2	Características clínicas	31
3.3.3	Histopatología	32
3.3.4	Tratamiento	32
3.4	Estomatitis protésica	33
3.4.1	Etiología.	33
3.4.2	Características clínicas	34
3.4.3	Clasificación	34
3.4.4	Tratamiento	34

#### CAPÍTULO 4

4.1	Queilitis angular	37
4.1.1	Etiología	37
4.1.2	Características clínicas	38
4.1.3	Tratamiento	39
4.2	Candidiasis	41
4.2.1	Características clínicas	41
4.2.2	Etiología	42
4.2.3	Candidiasis atrófica	43
4.2.4	Diagnóstico diferencial	44
4.3	Glositis romboidea media	45
4.3.1	Etiología	45
4.3.2	Características clínicas	45
4.3.3	Histopatología	45
4.3.4	Tratamiento	46

4.4	Prevención y control de lesiones por uso de prótesis	48
4.4.1	Recomendaciones al paciente con uso de prótesis	49
4.4.2	Tratamientos para el reajuste de la prótesis	51
5.	Conclusiones	54
6.	Glosario	56
7.	Bibliografía	58

## INTRODUCCIÓN.

Previo al estudio teórico y aplicación de procedimientos técnicos que anteceden a la rehabilitación protésica, es importante considerar los trastornos relacionados con la colocación de dentaduras y la frecuencia de lesiones o factores iatrogénicos predisponentes por esta causa.

Generalmente el curso natural que sigue el paciente protésico es el de pasar de la condición de desdentado, con el tratamiento mediante prótesis inmediata o completa después de un breve periodo de cicatrización.

Las prótesis tienen un periodo de eficiencia limitado que esta sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte para que estas no se conviertan en factores patógenos

Un porcentaje elevado de pacientes a quienes se colocan prótesis completas, ya han usado uno o mas juegos de prótesis. Es evidente que el hecho de usar prótesis se cobra un precio biológico a los tejidos que la soportan. Estos cambios en los tejidos se deben al uso prolongado de prótesis.

Se intenta así estudiar la biocompatibilidad y la eficacia clínica de materiales con resinas que además de ser inertes desde un punto de vista bacteriológico, sean también resistentes a la corrosión microbiana.

Es razonable sugerir, sin embargo, que la inflamación mucosa producida por el uso de prótesis, y donde quiera que haya inflamación, puede acelerar el proceso de reabsorción ósea.

Mientras mayor sea la permanencia de la prótesis en la boca, más profunda es la penetración de los microorganismos en el interior de él. Esto estaría favorecido por una serie de factores, entre los que podríamos citar la deficiente higiene de las prótesis, el uso nocturno de las mismas, etc.

Está claro que si se excede la tolerancia de la mucosa, habrá lesión e inflamación y no se podrá usar la prótesis. Si por otro lado la tolerancia inicial es elevada, la lesión o trauma provocan una respuesta fibrosa de tal forma que el reborde residual es reemplazado por tejido hiperplásico.

Las lesiones protésicas mas comunes son las siguientes:

- Hiperplasia papilar
- Ulceras traumáticas
- Hiperplasia marginal
- Estomatitis protésica
- Queilitis angular
- Atrofia ósea
- Candidiasis

## CAPÍTULO 1.

### 1.1 MANIFESTACIONES SENILES EN LA MUCOSA ORAL.

Es característico de los ancianos que la atrofia de los rebordes residuales maxilares coincide con un adelgazamiento y flacidez del epitelio de la mucosa oral, que se presenta depapilada, brillante y desprendida de los planos óseos profundos; a la palpación digital o instrumentada se pone de manifiesto su gran movilidad y desplazamiento. Los músculos cutáneos de la mímica facial, se presentan con signos de atrofia variable, que se va acentuando a medida que avanza la edad; el tejido muscular laxo casi ha desaparecido por debajo de la mucosa.

#### SALIVA.

La secreción de las glándulas salivales es predominantemente mucosa, y el fermento ptialina de la saliva es escaso, lo que dificulta la etapa bucal del metabolismo y digestión de los azúcares.<sup>1</sup>

#### LENGUA.

En el anciano totalmente desdentado la lengua asume una función importante durante la formación del bolo alimenticio, y llega a adquirir gran fuerza y movilidad que le permiten desmenuzar muchos de los componentes elaborados de la dieta moderna, al fraccionarlos vigorosamente contra el paladar.

---

<sup>1</sup> Ozawa Deguchi. Estomatología Geriátrica.

El examen de la cavidad bucal del anciano indica generalmente condiciones higiénicas y fisiológicas deficientes; y junto con la disminución de piezas dentarias hay manifestaciones de avitaminosis, paradontopatías, tártaro dentario, lengua saburral, movilidad en los dientes remanentes, ulceraciones de la mucosa y fragmentos radiculares.

Debido a una dentición incompleta, la masticación es deficiente, hecho importante para la trituración de los alimentos; esto explicaría muchas de las discrepancias y desnutrición de los ancianos, o los alimentos llegan al estomago sin estar lo suficientemente desmenuzados.

La dieta al igual que otras edades, tiene que ser suficiente, balanceada, variada, y de presentación agradable; la consistencia de los alimentos debe de ser líquida, blanda o semisólida, debido a la escasa capacidad de trituración que tiene el paciente senil.

#### MUCOSA ORAL.

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales, irreversible y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel, la cual se observa seca y muestra, entre otras manifestaciones, una notable modificación en su grosor, así como presencia de arrugas.

Cambios semejantes ocurren en la mucosa oral, la cual se vuelve más delgada, seca y suave, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos. El epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral forma una superficie continua que protege a los tejidos adyacentes de la cavidad bucal, la cual funciona como una barrera mecánica.

Los cambios que se producen microscópicamente en la mucosa oral del anciano son:

- Atrofia de epitelio superficial, principalmente en el nivel del dorso de la lengua.
- Incrementa en la queratinización.
- Aplanamiento de la unión entre el epitelio y el tejido conectivo.
- Disminución en el número de células y degeneración de las fibras del tejido conectivo.
- Agrandamiento varicoso de las venas del vientre de la lengua.
- Aumento de la cantidad de las glándulas sebáceas (gránulos de Fordyse).
- Atrofia progresiva de las glándulas salivales.
- Disminución en el número y la densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas especialmente en la encía y lengua.

Esta serie de modificaciones es, al menos parcialmente, la causante de la sensación de ardor, pérdida del gusto y problemas de adaptación a las dentaduras completas que refieren con cierta frecuencia los pacientes de edad avanzada.

En el estudio estomatológico y prostodóntico de los tejidos blandos de la boca del paciente senil, debe tenerse en cuenta que estos presentan cambios asociados con la edad; y que existe una mayor susceptibilidad con el uso de prótesis al desarrollo de lesiones traumáticas.

## 1.2 IMPORTANCIA DEL SOPORTE DE LA PRÓTESIS.

Hablar de soporte en las dentaduras completas, es hablar de la resistencia al movimiento vertical de la base protésica hacia el reborde residual. Contrarresta aquellas fuerzas dirigidas al reborde en ángulos rectos hacia las superficies oclusales. El soporte incluye la relación entre la base de la dentadura completa y los tejidos de soporte subyacentes en distintos grados y tipos de función.

Esta relación debe desarrollarse o manifestarse de tal forma que conserve las relaciones oclusales establecidas y proporcione una función óptima con un mínimo movimiento de tejido blando y base de asentamiento.

En el soporte deben considerarse dos puntos importantes:

1.- Las dentaduras bimaxilares deben de conformarse de acuerdo con los tejidos subyacentes, de tal manera que las superficies oclusales ocluyan correctamente en el momento en que entren en contacto al ser colocadas.

2.- La base de la dentadura debe mantener esta relación durante un periodo aceptable. Esta propiedad indica la necesidad de considerar el soporte de la prótesis la durabilidad de los tejidos, también debe considerarse la estabilidad y la retención como factores permanentes durante un largo periodo.

El soporte inicial se obtiene utilizando los procedimientos indicados en una impresión preliminar estática y anatómica que proporciona una extensión amplia con una carga funcional de los tejidos de soporte.

El soporte indicado se obtiene cuando:

- La dentadura completa se extiende para cubrir un área de superficie máxima sin dañar los tejidos móviles o flácidos.
- Aquellos tejidos que son capaces de resistir la resorción se registra de forma selectiva durante la función.
- A los tejidos que son capaces de resistir el desplazamiento vertical.
- Variación de resiliencia del tejido a fin de proporcionar un movimiento uniforme de la base y mantener una relación oclusal equilibrada.

El concepto de presión equilibrada distribuidas sobre las áreas de soporte disminuirá la concentración de tensión localizada, de otra manera conducirá a una resorción, inducida por la presión y a la "irritación de la mucosa."

En general se requiere que la dentadura completa se extienda hacia el contacto positivo con los tejidos blandos y periféricos, limitados por una función muscular y las estructuras anatómicas óseas.

El principio básico de "zapato de nieve" está dado por una fuerza oclusal constante: un área de la dentadura completa presionada disminuye la tensión por unidad del área bajo la base protésica, disminuye el desplazamiento del tejido y de la propia base.<sup>1</sup>

Los diversos factores que intervienen para proporcionar un soporte óptimo a la dentadura son:

1.- Los tejidos blandos deben de estar adheridos al hueso cortical subyacente y contener una capa submucosa resiliente y tiene que estar cubierta por una capa de mucosa queratinizada y el hueso debe de ser resistente a la presión ejercida por el conjunto protésico.

Estas características disminuyen el movimiento de la base, reduce el trauma de los tejidos blandos y reduce los cambios ocasionados por la resorción a largo plazo.

### TEJIDOS BLANDOS.

Estos tejidos deben de ser capaces de soportar las fuerzas de la función normal de la prótesis. La capa de queratina proporciona mayor resistencia a la tensión, esta es el resultado de la degeneración epitelial que protege las capas epiteliales subyacentes. Generalmente la mucosa alveolar no queratinizada no esta bien adaptada para tolerar las funciones generadas durante la función protésica. El trauma excesivo de la mucosa bajo la base de la dentadura puede provocar cambios anormales del tejido blando como el desarrollo de hiperqueratosis localizada.

Aquellas regiones que poseen una mucosa delgada sobre el hueso sin una capa de submucosa, deben de ser aliviadas o registradas sin desplazamiento. Esto elimina el daño de los tejidos blandos entre la base protésica y la base de ósea durante la carga oclusal, por lo tanto disminuye el trauma del tejido blando y reduce la presión inducida por la remodelación del hueso.

### TEJIDOS DUROS.

Otro requerimiento ideal para el soporte es la presencia de tejidos que sean relativamente resistentes a los cambios de remodelado y resorción ósea. La proporción y cantidad de pérdida ósea y remodelado que se presenta en la parte anterior del maxilar y la mandíbula son de gran importancia para el soporte de la dentadura.

---

<sup>1</sup> Ozawa Deguchi. Estomatología Geriátrica.

Las dentaduras dentomucosoportadas reducen la pérdida de hueso, pero debe de tenerse en cuenta para el mantenimiento de la altura del reborde alveolar. el disminuir las presiones en aquellas regiones que son más susceptibles y dirigir las fuerzas a las regiones relativamente resistentes a la resorción pueden ayudar a mantener los rebordes residuales en buen estado.

### CONSIDERACIONES ANATÓMICAS DE SOPORTE.

El éxito de una dentadura depende en gran parte de la relación de la prótesis con las estructuras anatómicas que la soportan y limitan. Es necesario reconocer los tejidos de soporte y distinguir entre soporte primario y secundario así como identificar las áreas que requieran alivio o presión mínima.

1.- La anatomía del maxilar inferior presenta características que no ayudan a lograr la retención de la base protésica, la superficie de soporte es menor que la del maxilar superior, lo cual determina que la presión sea mayor en comparación con la del maxilar superior. Las regiones primarias para el soporte de la dentadura deben incluir la papila periforme y el fondo de vestibulo bucal. La papila es la extensión más distal de la mucosa masticatoria queratinizada. El área de la papila periforme esta asociada con las inserciones musculares del buccinador, constrictor superior y músculos temporales, los tendones y músculos se insertan en la línea media y lateralmente en la mandíbula en el borde posterior de la papila periforme, estas inserciones proporcionan una región tensión-soporte resistente a los cambios.

La importancia del fondo del vestíbulo es un soporte primario para la dentadura, generalmente esta cubierta por mucosa que contiene tejido conectivo y fibras del músculo buccinador, este se inserta en el fondo del vestíbulo entre la cresta del reborde y la línea oblicua externa, las fibras del músculo se dirigen a lo largo del fondo vestibular en dirección longitudinal, lo que permite que la base protésica se apoye directamente en la porción del músculo buccinador sin desplazamiento.

2.- En el maxilar superior la superficie del paladar duro, a cada lado de la dentadura palatina debe proporcionar un soporte primario para las dentaduras completas. Por otra parte el funcionamiento de los músculos tensores del velo y elevadores palatinos del paladar blando pueden proporcionar fuentes de tensión. El paladar duro resiste la resorción y está cubierto por mucosa queratinizada, estas propiedades orientan su función con un área de soporte primario para la dentadura completa. La cresta del reborde residual del maxilar superior es muy importante en el soporte de la prótesis. El tejido blando es a menudo grueso queratinizado y adherido al periostio y al hueso subyacente. La mucosa alveolar no queratinizada no tolera las fuerzas o tensiones función.

### 1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA MUCOSA CON USO DE PROTÉSIS.

Estudios han demostrado que las personas portadoras de dentaduras, han desarrollado dentro de los tres primeros años de colocación fenómenos reactivos que van desde simples modificaciones inflamatorias a trastornos de tipo atrófico. Durante los primeros seis meses de edentación el estrato córneo epitelial aparece ligeramente engrosado. Un año después de colocada la dentadura aparece hiperqueratosis y engrosamiento del estrato espinoso. A partir del tercer año se presenta una moderada infiltración de células mononucleares. Desde el cuarto hasta el sexto año el epitelio se engruesa gradualmente y el estrato córneo desaparece casi por completo.

El epitelio de revestimiento es del tipo escamoso estratificado y se diferencia del epitelio cutáneo sobre todo por la ausencia de folículos pilosos y glándulas sudoríparas, en general su epitelio es más grueso que el cutáneo, la queratinización solo afecta las zonas más expuestas a las zonas de masticación como el epitelio de la mucosa, el paladar duro y el dorso de la lengua. Se encuentran glándulas mucosas y serosas en la lámina propia y en la submucosa, especialmente bajo las superficies no queratinizadas. Las superficies constituidas por los tejidos blandos en la cavidad oral son:

**LABIOS:** su color rojizo se debe a la presencia de prolongaciones interpapilares profundas, que corresponden con proyecciones papilares vascularizadas, también profundas de la lámina propia.

**MUCOSA BUCAL:** la queratinización es más completa en la superficie bucal vestibular que en la lingual.

**PALADAR DURO:** la queratinización es más intensa en la parte anterior. La submucosa es densa y está constituida principalmente por colágeno. En ocasiones se observan glándulas salivales accesorias.

**LENGUA:** la superficie gruesa del dorso presenta papilas especializadas y mamelones gustativos. la superficie ventral es lisa.

## CAPITULO 2

### 2.1 RESORCIÓN ÓSEA.

El hueso residual es la porción del proceso alveolar que permanece después de haber perdido los dientes. Cuando el proceso alveolar se hace edéntulo por dicha pérdida, los alvéolos que contenían las raíces de los dientes se llenan con hueso nuevo. Este proceso alveolar se convierte en el reborde residual, que es la base para las dentaduras.

Después de la extracción dental y uso de las dentaduras completas se producen diversos cambios en el hueso residual. Este se debe a tres factores:

- La función modifica la estructura interna del hueso.
- La presión tiende a causar resorción ósea.
- La tensión puede estimular la formación ósea.

El hueso alveolar que soporta los dientes naturales recibe cargas de tensión al lo largo de un área grande de ligamento periodontal. El reborde residual edéntulo recibe cargas verticales, diagonales y horizontales aplicadas por la dentadura, con una superficie más pequeña que la total de los ligamentos periodontales de todos los dientes naturales que hubo antes. La experiencia clínica resalta los límites de adaptación del sistema masticatorio, que muchas veces son notables. Por otra parte, en los pacientes edéntulos se observa que los tejidos de soporte se adaptan muy poco los requerimientos o demandas funcionales.

En relación con los pacientes edéntulos, uno de los pocos hechos bien establecidos es que el uso de dentaduras esta acompañado, casi invariablemente, por una pérdida ósea indeseable.

La magnitud de esto último es muy variable, y se sabe poco acerca de los factores más importantes para las variaciones observadas. Con respecto a la pérdida inevitable de hueso residual, se han propuesto dos conceptos:

1. - implica que la reducción ósea progresiva variable es consecuencia directa de la pérdida de las estructuras periodontales.
- 2.- este sostiene que la pérdida del hueso residual no necesariamente se debe a la extracción del diente, sino depende de una serie de factores poco entendidos.<sup>2</sup>

La experiencia clínica es muy indicativa de una relación clara de los ligamentos periodontales sanos y la conservación de la integridad del hueso alveolar; ligamentos periodontales sanos y la conservación de integridad del hueso alveolar de ahí el empeño profesional en la protección y conservación de un diente remanente, para minimizar o evitar la reducción avanzada de reborde residual.

El mecanismo de soporte es complicado más aun por el hecho de que, durante la función las dentaduras se mueve con respecto al hueso subyacente. Este movimiento esta relacionado con la elasticidad de la mucosa de soporte y la inestabilidad inherente de las dentaduras durante la función. Casi todos los principios para la construcción de dentaduras completas fueron formulados para minimizar las fuerzas transmitidas a las estructuras de soporte o para disminuir el movimiento de las prótesis en relación con ellas.

Por lo general, las conclusiones referentes a la estabilidad de la dentadura se basan en la experiencia clínica, pero la inestabilidad de la dentadura tiene posibilidad de resultar traumática para los tejidos de soporte. El movimiento de la base de la dentadura en cualquier dirección sobre sus posiciones basales, puede causar daño al tejido. De hecho, es tentador diseñar las prótesis removibles para que tengan movimientos recurrentes como un movimiento parafuncional o un factor importante para la reducción del reborde residual.

Los factores que afectan las retenciones de las dentaduras completas se clasifican en físicos y musculares. En la retención de la prótesis influyen tres factores físicos que controla el dentista:

- Extensión máxima de la base de la dentadura.
- Área máxima de contacto entre la membrana mucosa y la base de la dentadura.
- Contacto íntimo de la base de la dentadura y la porción basal de la mucosa.

Como la forma y tamaño de los tejidos, que soportan la dentadura cambian, las fuerzas musculares fisiológicas adquieren mayor importancia para la retención de la dentadura. Las dentaduras recientemente colocadas promoverán cambios en la mucosa y el hueso subyacente.

Los portadores de dentaduras completas, el uso continuo tendrían una resorción mayor a la observada en las personas que dejan reposar los rebordes residuales durante la noche permitiendo a la mucosa recuperarse a los estímulos diurnos.

---

<sup>2</sup> Boucher, Carlo. *Prostodoncia Total*.

La posición muy lingualizada de los incisivos acelera el proceso de resorción alveolar anterior mandibular, por otra parte durante la función de la prótesis la deformación de su base de resina acrílica acelera el proceso de atrofia ósea. Todo ello repercute en el nivel de cada arcada debido a un movimiento de deslizamiento posteroanterior, una rotación superior de las bases protésicas, una disminución de la dimensión vertical y un prognatismo mandibular.

## 2.2 INTOLERANCIA PROTÉSICA.

Los síntomas y molestias de los portadores de prótesis son sensaciones de picor y ardor en la mucosa oral (síndrome de ardor oral), Hiperalgesia en la estructura de soporte de la prótesis, náuseas y retención inadecuada de la prótesis.

### SÍNDROME DE ARDOR ORAL

Las sensaciones de picor y ardor de las membranas mucosas orales a menudo se localizan en el paladar duro y en la lengua. Este síndrome predomina en mujeres. Puede existir inflamación de la mucosa oral que soporta la prótesis. En algunos pacientes, los síntomas se alivian cuando no se llevan las prótesis, pero en otros casos persisten. Los factores causales del síndrome de ardor oral en portadores de prótesis pueden ser los siguientes:

### ERRORES EN EL DISEÑO Y FUNCION DE LA PRÓTESIS.

Si existe una falta de armonía oclusal o la altura oclusal aumenta por encima del límite de tolerancia del paciente, aumentará el estrés sobre la mucosa oral. Una sensación de ardor de la lengua también puede estar causada por errores en la posición de los dientes protésicos que limitan la función normal de la lengua. A menudo, las mucosas parecen clínicamente sanas. Un criterio diagnóstico es el que los síntomas se alivien total o parcialmente algunas horas después de retirar las prótesis. El estrés general es un factor agravante.

## CAUSAS SISTÉMICAS O FARMACOLÓGICAS.

El dolor urente y pruriginosos de los tejidos de soporte de la prótesis pueden ser un signo de déficit nutricional, por ejemplo, de hierro o de vitamina B. Es característico que suela existir afectación general de las mucosas orales y que los síntomas no disminuyan de forma significativa al dejar de usar las prótesis. La ingesta de sedantes, diuréticos o fármacos antidepresivos, que reducen la secreción salival, puede producir síntomas similares. Además, los pacientes referirán una retención de la prótesis deficiente y que los alimentos tienden a adherirse a las superficies pulidas de la prótesis.

La principal consecuencia de la xerostomía se observa en una mayor dificultad de adaptación a las bases protésicas, y con mayor frecuencia con la aparición de lesiones ulcerativas. Además de adhesiva, la saliva es lubricante y de apoyo entre la base de la dentadura completa y los tejidos orales, eliminando de esta forma la irritación a la presión, la adhesión de la prótesis esta regulada por la viscosidad de la saliva, esto es lo que regula las fuerzas de adhesión que se generan entre la mucosa bucal y la base de la prótesis.

Las alteraciones consecutivas a la xerostomía pueden dificultar e incluso imposibilitar el uso de dentaduras. Para contrarrestar este problema, puede ser útil beber más agua o utilizar frecuentemente enjuagues bucales.

## ALERGIA.

Una marcada sensación de ardor de la mucosa oral en contacto con la prótesis puede estar causada por una reacción alérgica de contacto (tipo IV) frente a los componentes del material protésico.

En su manifestación clásica este trastorno se caracteriza por una inflamación y un edema intenso que suele remitir 24 hrs. después de retirar la prótesis.

Además, existe una recidiva completa de la inflamación a las 24 - 48 horas de reinsertar la prótesis. El diagnóstico se confirma mediante la prueba del parche frente a los componentes químicos individuales.

Es poco frecuente que se desarrolle una verdadera alergia de contacto, pero se ha descrito la irritación química de la mucosa debido a niveles altos de monómero acrílico residual.<sup>3</sup>

#### REACCION DOLOROSA LOCALIZADA.

La secreción dolorosa localizada durante la masticación y el cierre de la boca es una molestia leve pero frecuente, la mayoría de los portadores de la prótesis tiende a aceptarla como una consecuencia inevitable de llevar la prótesis.

Existen dos manifestaciones clínicas:

1. Las úlceras traumáticas: suelen estar causadas por rebordes protésicos sobrestendidos y agudos y por una oclusión desequilibrada que causa el desplazamiento de la prótesis sobre el tejido de soporte y el aumento de la presión sobre la mucosa y las áreas seleccionadas.
2. Las áreas hipersensibles locales son manchas localizadas sobre la mucosa que soporta la prótesis. Las localizaciones características de estas manchas son la mucosa suprayacente al agujero mentoniano o al conducto dentario inferior.

En el maxilar superior a menudo es en la región de las papilas incisivas, cuando existen espículas óseas en la cresta del reborde cubiertas por una fina mucosa, el dolor puede producirse por la presión de la prótesis.

---

<sup>3</sup> Owall. Odontología Protésica Pp.165

## 2.3 FACTORES IRRITATIVOS O TRAUMÁTICOS.

Entre las numerosas afecciones y reacciones en el nivel mucoso y óseo consecutivas a la colocación de una prótesis, en el anciano, conviene mencionar los factores irritativos causantes de estas lesiones protésicas que se pueden correlacionar con el uso de prótesis y con la falta de higiene oral.

Entre estos destacan:

- Los espacios de succión o cámaras de vacío.
- Los bordes traumatizantes en el nivel de la superficie de apoyo de la prótesis.
- Al aumento o disminución de la dimensión vertical
- Desequilibrio e inestabilidad de la prótesis ante los movimientos masticatorios
- Excesiva movilidad debido a bases protésicas desajustadas.
- Superficies ásperas.
- Factores como el tabaquismo, el alcohol, etc.
- Bases protésicas defectuosas.
- La necrosis ocasionada por una alteración de tejidos blandos debido a una isquemia.
- Irritación permanente por efecto de la adhesión.

La mucosa bucal es inadecuada para la función de soporte de la carga de una prótesis completa y tiene poca o ninguna capacidad para reaccionar a esta función alterada. Los cambios de la mucosa de soporte de dentaduras artificiales son descritas como casi patológicas, pero sin inflamación clínica franca. Se puede ver una disminución en la queratinización de la mucosa de soporte de dentaduras junto con reducción en el grosor de las mucosas.

Las mujeres que usan dentaduras parecen poseer una mucosa más delgada que los hombres que también las usan y presentan mayor predisposición al daño del tejido. alrededor del 30% de los usuarios de dentaduras cuya mucosa es de apariencia clínica normal presentan trastornos histológicos de lesión grave. El grado de este daño también está relacionado con la duración de la prótesis.<sup>2</sup>

No se ha explicado bien, la importancia patológica de los cambios observados, pero se sugiere que el uso de prótesis es causa de inflamación de la mucosa y siempre que hay inflamación puede acelerarse el proceso de resorción ósea.

Parece que si sobrepasa la tolerancia de los tejidos mucosos ( como podría suceder con un borde sobre extendido de dentadura se producirán daño e inflamación, y no se podrá usar la prótesis. Por otra parte, si la tolerancia inicial es alta y el trauma es tolerable, se emite una respuesta fibrosa y el reborde residual es reemplazado por tejido hiperplásico. Con frecuencia, las dentaduras artificiales usadas sobre este tejido no causan molestias. La mayoría de pacientes se halla entre estos dos extremos, en circunstancias en que la irritación mucosa crónica prosigue en forma tranquila y sin dolor.

Se producen cambios en la mucosa y en el hueso subyacente, los cuales con frecuencia son irreversibles. Puede ser que el tipo de hueso subyacente determine la tolerancia y la respuesta de la mucosa de soporte a la prótesis.

El uso de dentaduras artificiales las 24 hr. del día, provoca un ambiente sobrecargado, sobre todo cuando hay parafunción nocturna.

---

<sup>2</sup> Boucher, Carlo. *Prostodoncia Total*. Pp.48

La observación clínica de muchos pacientes que han utilizado dentaduras de manera continua, revela que son más propensos a hiperplasias ( marginal, fibrosa, papilar etc. ).

La hiperplasia por dentadura es una reacción del tejido en los bordes periféricos de una prótesis mal ajustada. El tejido adquiere una coloración rojiza con pliegues blandos y hendidos a lo largo de los bordes de la dentadura. Muchas veces el paciente refiere falta de adaptación de la dentadura cuando se colocó por primera vez . También es frecuente cuando el individuo tiene prótesis maxilar y de los dientes inferiores anteriores mas no de los posteriores. En este caso, cada vez que el enfermo muerde, los dientes inferiores anteriores hacen que la prótesis superior se mueva hacia la región anterior y produzca tejido hiperplásico. Cuando el margen es exagerado se desarrolla una ulcera. Si la prótesis no se corrige, la inflamación prolongada y los traumatismos continuos generan la formación de tejido excesivo. Este crecimiento acentuado es a expensas de epitelio y tejido conectivo, el que es muy vascular y produce la coloración rojiza. El tratamiento es la eliminación quirúrgica y la fabricación de una prótesis dental adecuada.

En tanto que los efectos del trauma crónico e insidioso del uso de dentaduras ya esta bien documentado, las investigaciones recientes también abarcan las infecciones por hongos (*cándida albicans.*) como factores contribuyentes de los cambios patológicos relacionados con el uso de prótesis. Claramente, las alteraciones en la estabilidad del ambiente intrabucal: traumáticas, infecciosas o ambas aumentarán el riesgo de desarrollar procesos patológicos.

Muchas veces las prótesis nuevas causan alteraciones. Al alinear la prótesis las úlceras sanan sin contratiempo.

Por otro lado, una prótesis mal ajustada puede moverse cortando la mucosa, y es necesario volverla a aliviar o elaborar para resolver el problema. Por lo tanto, el tratamiento para las úlceras traumáticas depende de los síntomas y de encontrar y eliminar la causa. Cuando la úlcera no sana en un lapso de dos semanas, debe sospecharse de cáncer mientras no se compruebe lo contrario.<sup>5</sup>

Las prótesis dentales pueden ocasionar otras lesiones traumáticas; el borde lateral de la lengua puede observarse glositis traumática con aspecto de lengua geográfica; ya que la superficie lingual carece de papilas filiformes, se encuentra atrófica y su aspecto es enrojecido, edematoso y brillante; es producida por la abrasión de la lengua contra las superficies linguales de la prótesis ya sea por algún hábito neurótico o por deficiente alineación de los dientes.

También las prótesis dentales pueden producir úlceras especialmente en el paladar y el borde maxilar y mandibular. Los que aparecen de color rojizo, edematoso y muchas veces dolorosos. La causa es la falta de adaptación a las prótesis.

El tratamiento es cubrir el tejido con ciertos materiales acondicionadores de tejido hasta que cicatrice y se elaboren nuevas prótesis. En algunas ocasiones estas úlceras se acompañan de alguna infección micótica.

---

<sup>5</sup> John Grunta, Patología Bucal. Pp. 234

## CAPÍTULO 3.

### 3.1 HIPERPLASIA PAPILAR.

La hiperplasia papilar es conocida, además, con el nombre de hiperplasia papilar inflamatoria, papilomas múltiples del paladar y papilomatosis o palatitis protésica.

#### 3.1.1 ETIOLOGÍA.

Es una lesión inflamatoria benigna causada por la irritación mecánica de prótesis mal ajustadas y otros factores desconocidos. La mayoría de estas lesiones se observan en pacientes que han utilizado dentaduras mal ajustadas durante largos periodos de tiempo. Se ha calculado que del 2 al 12% de todos los enfermos que utilizan prótesis completas presentan una hiperplasia papilar. El hecho de que la lesión pueda regresar o desaparecer completamente tras la supresión de las dentaduras o la colocación de nuevas prótesis, apoyaría considerablemente una etiología mecánica local.

El uso diurno y nocturno de una prótesis y medidas de higiene bucal deficientes o temporales (tales como permitir que el alimento permanezca durante periodos prolongados sobre la prótesis), son importantes causas contribuyentes.'

---

<sup>1</sup> Kruger Gustavo. Cirugía Maxilofacial.

Otra causa de la hiperplasia papilar es debido a la disminución de la secreción salival y otros factores predisponentes locales y generales del paciente portador de dentaduras totales.

### 3.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La bóveda del paladar es la zona que se afecta con mayor frecuencia, pero también puede comprometer el proceso alveolar o el paladar blando. cuando se usa una prótesis, el sitio de lesión corresponde a la base de la prótesis total y algunas veces solo a la zona de alivio. puede presentarse a cualquier edad en el adulto y no tiene una predilección definitiva por alguno de los sexos.

La hiperplasia papilar suele ser una lesión asintomática, si bien algunos pacientes se quejan de dolores o molestias leves. El roce puede dar lugar a la aparición de hemorragias minúsculas y, clínicamente, la lesión aparece más enrojecida que el tejido circundante.\*

La lesión se presenta con numerosas proyecciones papilares eritematosas de color rojo muy cercanas unas de otras, y con frecuencia afecta a casi todo el paladar duro y le dan un aspecto verrugoso.

Las lesiones se pueden extender sobre la mucosa alveolar, y en ocasiones esta afectada la mucosa alveolar mandibular. Las papilas individuales rara vez miden más de 1 a 2 mm. de diámetro. El tejido muestra grados variables de inflamación, pero rara vez existe inflamación.<sup>9</sup>

---

\* Tomas Kurt. Patología Oral.

<sup>9</sup> William G. Shafer. Tratado de patología Bucal.

### 3.1.3 HISTOPATOLOGÍA.

En los cortes perpendiculares de esta lesión, aparecen como numerosas frondosidades pequeñas o excrecencias papilares, cubiertas por epitelio escamoso estratificado paraqueratósico sano. El epitelio se apoya en núcleos centrales hiperplásicos de estroma bien vascularizado. Además, se observa hiperplasia del epitelio, que con frecuencia presenta características pseudoepiteliomatosas de suficiente gravedad, como para simular carcinoma de células escamosas. No hay evidencias de displasia en relación con el trastorno ni tendencia a la transformación maligna.

### 3.1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

La principal lesión de la que debe diferenciarse es la estomatitis nicotínica, que afecta al paladar duro. No obstante, esta no se encuentra en el paladar duro de fumadores de pipa que usan prótesis maxilares removibles completas. Además; la estomatitis nicotínica tiende a presentar mayor queratinización, por lo regular, se observa una pequeña mancha o punto en el centro de cada excrecencia nodular que corresponde al orificio del conducto de una glándula salival accesoria subyacente. También pueden presentarse papilomas escamosos múltiples sobre el paladar, sin embargo, estas lesiones son más queratinizadas y las excrecencias más delicadas. Por último, en el síndrome de amartoma múltiple (síndrome de Cowden), la mucosa bucal puede mostrar nódulos papilares mucosos múltiples.

### 3.1.5 TRATAMIENTO.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica de la lesión antes de reconstruir la prótesis del paciente.

El método quirúrgico depende de las preferencias individuales y puede utilizarse curetaje, criocirugía, electrocirugía, mucoabrasión o ablación con láser.

Es mejor hacer la resección con el paciente bajo anestesia local. La profundidad de la resección es hasta la submucosa. La profundidad adecuada se determina por la ausencia del efecto de " campo de trigo al viento" cuando los tejidos blandos se someten a una corriente de aire comprimido. El color amarillilo grisáceo de la submucosa es una guía útil para ubicar la profundidad adecuada de la resección.

Debe evitarse la penetración del periostio para impedir un secuestro óseo, lo que traería como resultado una cicatrización tardía. Hacia el fin del procedimiento se realiza una biopsia del tejido afectado y se le envía al patólogo para que confirme el diagnóstico.

Para minimizar la hemorragia y el dolor postoperatorio, se emplea una férula palatina recubierta con un apósito periodontal especial. Se deja permanecer la férula en un sitio ( excepto para irrigaciones bucales con fines higiénicos) para permitir un buen comienzo de la cicatrización. El apósito se cambia semanalmente bajo anestesia tópica para permitir la cicatrización por granulación y epitelización secundaria.<sup>7</sup>

Después de la operación, el dolor, que dura aproximadamente una semana, puede ser intenso. Se prescribe un analgésico. Puede haber hemorragia durante 5 o 7 días después del acto quirúrgico cuando se ablandan y desprenden las escaras durante la masticación y la higiene bucal.

---

<sup>7</sup> Kruger Gustavo. Cirugía Maxilofacial. Pp.121

Esto se controla presionando sobre la férula, con una gasa saturada con una solución de hipoclorito de sodio, o anestesiando el paladar adyacente a la hemorragia para el efecto vasoconstrictor. Se requiere entre 3 y 5 semanas para la cicatrización antes de que se pueda comenzar la confección de una nueva prótesis.

La remoción de la prótesis en el momento de acostarse y una buena higiene bucal junto con tratamiento antimicótico pueden reducir de manera significativa la intensidad de las lesiones. En los casos leves el uso de sustancias y de rebase con acondicionadores de tejidos blandos y cambiar la prótesis con frecuencia, puede reducir la lesión lo suficiente como para evitar la cirugía.

## 3.2 ÚLCERA TRAUMÁTICA.

**ULCERACIÓN:** es una pérdida de sustancia secundaria más profunda y más persistente de la erosión. A veces es ocultada por la inflamación que la acompaña. Ej. Las originadas por prótesis.

**ULCERA:** Es la pérdida del epitelio por cualquier causa y, por lo general, el término erosión se refiere a un defecto superficial con pérdida de epitelio; sin embargo, para propósitos prácticos ambos términos se utilizan de manera indistinta. <sup>11</sup>

### 3.2.1 ETIOLOGÍA.

La ulcera traumática de las membranas mucosas bucales es una lesión causada por alguna forma de traumatismo, que puede ser por la mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total, por dientes mal posicionados o con lesiones cariosas, úlceras por rollos de algodón y uso inadecuado del cepillo dental.

### 3.2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que producen la agresión; después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados, muy dolorosa. Esta es la ulcera aguda típica producida por una prótesis total recién colocada.

Si el traumatismo es leve y provoca molestias leves, sobre todo en portadores de prótesis antiguas, las úlceras se adaptan bajo la irritación o bien las prótesis se mueven produciendo una irritación casi imperceptible. Entonces la mucosa irritada se observa eritematosa y luego comienza a engrosar, hipertrofiando, al punto de llegar a producirse verdaderas tumoraciones diagnosticadas como fibromas. Estas tienen una zona de implantación alargada en el fondo del vestíbulo, con una ulceración central, frecuentemente colonizada por *Candida*, coincidiendo con uno o varios pliegues, en uno de los cuales se aloja el borde traumático de la prótesis.

### 3.2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

La úlcera traumática tiene como principal característica la relación causa-efecto, circunstancia que es la más importante en orden al diagnóstico. Se trata de lesiones agudas que cicatrizan rápidamente al desaparecer las causas que las produce. Si son de tipo crónico, se plantea el diagnóstico diferencial con el carcinoma epidermoide, de modo que si eliminamos las posibles causas capaces de producir una úlcera crónica y esta perdura en 15 días o recidiva, debemos realizar una biopsia para descartar posibles alteraciones histopatológicas en el sentido de una neoplasia.

### 3.2.4 HISTOPATOLOGÍA.

En las úlceras agudas se observa pérdida del epitelio superficial, al cual reemplaza una red de fibrina con neutrófilos, células en degeneración y restos celulares; la base de la úlcera presenta capilares dilatados y después tejido de granulación.

---

<sup>11</sup> Bagan Sebastián. Medicina Oral

La regeneración del epitelio se inicia en los bordes de la ulcera, sobre el tejido granular de la base y debajo de la cubierta de fibrina se encuentran células en etapa de proliferación.

Las úlceras reactivas crónicas, presentan una base de tejido de granulación con cicatrices profundas; no se produce regeneración del tejido a causa del traumatismo continuo o por factores hísticos desfavorables, como riego sanguíneo inadecuado.

### 3.2.5 TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en la eliminación del área de presión de la prótesis, con lo que el dolor desaparecerá inmediatamente y la ulcera lo hará cuatro o cinco días después. Se debe de aplicar colutorios de nistatina o anfotericina B, y si a los diez días aproximadamente no existe el alivio se plantea la necesidad de realizar una biopsia para descartar la posibilidad de malignidad.

### 3.3 HIPERPLASIA MARGINAL.

Esta lesión gingival es comúnmente conocida como *épulis fisurado, fissuratum o fissurata, granulomatosis protésica o fibroma del fondo vestibular.*

#### 3.3.1 ETIOLOGÍA.

El término significa " sobre la encía " ( epi: sobre y oulon: encía). Por tanto, esta hiperplasia es una lesión que sienta sobre la encía y que tiene un aspecto proliferante. En realidad, se podría incluir bajo este término todo tipo de tumoración benigna o maligna que este situada a este nivel.<sup>4</sup>

Una de las reacciones tisulares más comunes por una prótesis total crónicamente mal ajustada, es la presencia de hiperplasia de tejido a lo largo del borde de la dentadura, pero que no se restringe a su lugar, sino que se presenta en muchas zonas en donde existe una irritación crónica de cualquier tipo, como en la encía, en la mucosa bucal y en el ángulo de la boca. En su etiología se incluyen diversos factores:

- Factores irritativos: como gingivitis crónica, las obturaciones mal ajustadas, así como la prótesis, sarro, las hemorragias, enfermedad periodontal.
- Factores microbianos por la acción de los diferentes gérmenes que componen la flora bucal.
- Factores hormonales que explican la mayor frecuencia de estas lesiones en el embarazo por un aumento de la progesterona.

---

<sup>4</sup> Rodríguez Donado Manuel. Cirugía bucal. Pp.646

- Factores generales, aunque hoy en día hallan perdido vigencia; se describían alteraciones sanguíneas, como anemia, y trastornos de la coagulación.

### 3.3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La hiperplasia marginal es una lesión frecuente de la mucosa vestibular, donde el borde de la dentadura tiene contacto con los tejidos, este borde se extiende de manera gradual hacia el vestíbulo ya que el reborde óseo de la mandíbula y el maxilar presentan resorción ósea con el uso prolongado de la prótesis. Por esto, la irritación y el traumatismo crónico, causan una respuesta exagerada de reparación del tejido conectivo fibroso, lo que origina la aparición de pliegues ulcerados, indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura. La lesión es firme a la palpación.

La prótesis, con su movilidad, produce un incremento de la reabsorción de la cresta ósea, lo que comporta un enclavamiento del borde de la aleta; este produce una irritación de la mucosa que se manifiesta en forma de pliegues u hojas, a veces ulceradas.

Son más frecuentes en pacientes desdentados superiores portadores de prótesis y que ocluyen sobre el grupo incisivo-canino inferior; la reabsorción del proceso alveolar superior favorece la aparición de la hiperplasia.

### 3.3.3 HISTOPATOLOGÍA.

La masa hiperplásica está compuesta de un volumen excesivo de tejido conectivo fibroso cubierto con una capa de epitelio escamoso estratificado, que puede tener un grosor normal o mostrar acantosis, a menudo se presenta paraqueratosis. El tejido conectivo se compone fundamentalmente de haces gruesos de fibras colágenas con escasos fibroblastos o vasos sanguíneos, a menos de que exista una reacción inflamatoria activa.

Otros hallazgos histológicos que con frecuencia se observa en el epitelio superficial de la hiperplasia marginal es la distrofia mucosacárida de la queratina, también denominada reserva de plasma. Esta distrofia mucopolisacárida de queratina consiste histológicamente en reservas homogéneas, eosinófilas, de material en la capa espinosa superficial del epitelio, donde parecen que han reemplazando a las células individuales. No se conoce su importancia.

### 3.3.4 TRATAMIENTO.

La remoción temporal de la prótesis puede disminuir un poco el tamaño de la lesión; sin embargo, se requiere extirpación quirúrgica de la misma, ya que la cicatriz hiperplásica es permanente. También es necesario reemplazar la prótesis o rebasar la antigua prótesis para prevenir recidivas.

### 3.4 ESTOMATITIS PROTÉSICA.

#### 3.4.1 ETIOLOGÍA.

Esta variedad de estomatitis corresponde a un proceso patológico presente en sujetos portadores de prótesis removibles. El origen de esta forma de candidiasis no está aclarado, aunque se sabe que están implicados diversos factores etiológicos:

- Higiene deficiente.
- Utilización diurna y nocturna de la prótesis.
- Traumatismos continuos por desajuste.
- Infecciones.
- Alergia de contacto a los materiales de la prótesis.

El microorganismo que con más frecuencia se ha aislado en los cultivos es *Candida albicans*. En aproximadamente el 35% de los casos. Algunos factores como la falta de higiene y desajuste que sufre la prótesis con el paso del tiempo crean unas condiciones locales que favorecen la colonización y el desarrollo de este microorganismo.

Renner hizo notar que este trastorno es una enfermedad multifacética en la cual el parasitismo por *Candida albicans* puede ser un factor extremadamente importante que a menudo se asocia con otras contribuciones mayores por el trauma por prótesis total y el continuo uso de esta, los malos hábitos de higiene bucal y tal vez, alteraciones dietéticas y sistémicas.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal. Pp.569

### 3.4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La mucosa que se encuentra bajo la prótesis dental, se vuelve extremadamente roja, hinchada, lisa, o granular y dolorosa. Con frecuencia se presentan múltiples focos de hiperemia del tamaño de la cabeza de un alfiler que por lo regular afectan el maxilar superior. Es como una sensación intensa de quemadura. El enrojecimiento de la mucosa esta bien delineado y restringido al tejido que esta en contacto con la prótesis total.

### 3.4.3 CLASIFICACIÓN.

Newton, clasifica clínicamente el proceso en tres periodos o fases evolutivas:

- Grado 1: caracterizado por la aparición de un punteado rojizo sobre la mucosa palatina, la inflamación siempre es localizada.
- Grado 2: una inflamación simple más generalizada, donde se observa una mucosa hiperemica lisa y atrófica.
- Grado 3: donde la mucosa presenta un aspecto granular.

Otras de las sintomatologías que pueden presentar los portadores de prótesis son dolores intensos con sensación de quemadura, queilitis angular y glositis.

### 3.4.4 TRATAMIENTO.

**MEDIDAS HIGIENICAS:** mediante la eliminación de posibles factores irritativos se recomendara el uso de lavados con agua bicarbonatada para cambiar el Ph del medio oral y dificultar la colonización y el crecimiento de microorganismo.

Esencialmente una buena higiene dental, y descanso para los tejidos de soporte de la prótesis, seguidos por la realización de una nueva prótesis con un buen ajuste, después de lograr que la mucosa este sana. Esto se logra por medio de acondicionadores de tejidos que se aplican a las dentaduras artificiales existentes o de tratamiento, revestimiento indirecto de resinas acrílicas termopolimerizable.

Los planteamientos anteriores nos conducen a pensar que si existe una prótesis traumatizante en su contacto con la mucosa de soporte, específicamente por desajuste o por oclusiones desbalanceadas, y si, además, las lesiones se deben a la presencia de microorganismos potencialmente patógenos en esta misma superficie, lo indicado es eliminar estos agentes etiológicos eliminando primero esta área de contacto defectuoso, para después reemplazarla por una nueva, bien adaptada, que no produzca traumas y este exenta de agentes bacterianos irritantes.

**TRATAMIENTO MICOTICO:** El diagnóstico se basa fundamentalmente en los signos y síntomas clínicos que presentan las distintas formas de manifestación. Los antecedentes de un tratamiento antibiótico y la desaparición de las lesiones tras el raspado, nos permitirá establecer, el diagnóstico con facilidad.

El tratamiento antimicótico se realiza mediante una terapéutica con nistatina, anfotericina B, ketoconazol, miconazol, violeta de genciana. Tanto por vía local o tópica como por vía general u oral. Estos son fármacos de gran importancia aunque debe hacerse un empleo cuidadoso de ellos, ya que son teratogenicos y llegan a producir trastornos de hipersensibilidad. Para el tratamiento de los casos simples se puede recurrir al uso de:

1. - enjuagues con solución acuosa de:

- nistatina 1: 100 000 u / ml cuatro veces al día.
- Clotrimazol al 1% cuatro veces al día.
- Cloruro de benzalconio 1: 750 u / ml para el enjuague de las prótesis totales.

2.- aplicación de cremas bajo la prótesis tras las comidas y al acostarse:

- Nistatina 100 000 u / g.
- Clotrimazol al 1%.
- Ketoconazol al 2%.

Para el tratamiento de casos más graves, o refractarias debemos recurrir al uso de la vía de administración oral:

- fluconazol, 50 -100 Mg. / día,
- Ketoconazol, 200 – 400 Mg. / día.

El éxito total de la lesión radica en la combinación de los siguientes factores:

- Los exámenes microbiológicos.
- El desgaste de toda la superficie interna de la dentadura completa.
- La aplicación de acondicionadores de tejido.
- La inclusión en el acondicionador de una solución desinfectante en proporciones preestablecidas.
- Rigurosas normas de higiene protésica.
- No realizarse una rehabilitación protésica definitiva con dentaduras completas sin haber radicado totalmente con los estados inflamatorios o infecciosos de la mucosa de soporte.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Bagan Sebastián. Medicina Oral. Pp.253

## CAPÍTULO 4.

### 4.1 QUEILITIS ANGULAR.

La queilitis angular es también conocida como queilosis o estomatitis angular, queilitis o boqueras.

#### 4.1.1 ETIOLOGÍA.

Es una inflamación crónica de la piel y la mucosa labial contigua, en los ángulos de la boca, de etiología variable.

La interfase entre la piel y la mucosa bucal de la comisura de los labios, una delimitación anatómica conocida como *angulus oris*. En la cara la piel tiene epitelio queratinizado ( y, por ende, relativamente inhóspita a microorganismos ), pero la superficie mucosa no lo es ( por lo tanto, es más vulnerable a invasión microbiana). Esta última se mantiene húmeda por la saliva y esta expuesta a una flora microbiana abundante y variada, de modo que tiende a sucumbir ante cualquier alteración en la estabilidad del ambiente, con el consiguiente desarrollo de una queilitis angular.

Aunque aún se desconoce la patogenia exacta de la queilitis angular, merece atención varias observaciones:

- La incidencia es alta entre mujeres y usuarios de dentaduras artificiales.
- La inflamación puede ser unilateral o bilateral y con frecuencia es acompañada por una glositis atrófica.
- La edad no parece afectar la incidencia, como tampoco lo hace la duración del período edentulo.

- Más que una reducción en la dimensión vertical de la oclusión, lo que parece retrasar el proceso cicatrizal de la queilitis angular es la presencia de un pliegue angular de tejido ( frecuentemente en ancianos y portadores de prótesis ).
- De lesiones de queilitis angular se han aislado *cándida albicas* y *staphylococcus aureus*, sin embargo, este dato no significa necesariamente que los microorganismos sean esenciales para el desarrollo de la lesión.
- En pacientes con prótesis antiguas y disminución de dimensión vertical.
- Pacientes con enfermedades sistémicas que aumentan la susceptibilidad de las mucosas, las deficiencias de riboflavina, hierro, ac. Fólico, y vitamina B<sub>12</sub> estas favorecen el desarrollo de queilitis angular llamada en este caso queilosis.

#### 4.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Clínicamente se manifiesta como un área de forma triangular eritematosa y edematosa, localizada en uno o los dos ángulos de la boca. Puede haber exudado y formación de costras.

Las lesiones siguen una evolución peculiar que comienza con la palidez de los labios, particularmente en los ángulos, respetando temporalmente las zonas húmedas de la mucosa bucal vecina. La palidez continua durante algunos días y sigue después la maceración y la descamación blanquecina sobre un fondo rosado. Las fisuras superficiales invaden después los pliegues naturales de las comisuras de la boca.

Las fisuras son solitarias o múltiples y ocurren habitualmente en los dos lados. Después pueden secarse las lesiones maceradas y se forma de este modo una costra amarillenta en los ángulos, que se cae sin producir sangrado.

El resto de los labios toma color normalmente rojo a lo largo de la línea de cierre y aumenta notablemente la fisuración vertical como resultado de la denudación superficial de la mucosa, cambio más notable en el labio inferior.

Conforme progresa la enfermedad las lesiones en los ángulos profundizan y se extienden a lo largo del borde rojo hacia la mejilla hasta una distancia de más de diez milímetros, y hacia la mucosa bucal por uno o tres milímetros. Las comisuras constantemente irritadas se denudan y aparecen como zonas sangrantes, costras y escamosas. En algunos casos las comisuras labiales son muy dolorosas en la etapa aguda y permanecen así durante toda la evolución del padecimiento, pero en general las lesiones son bien toleradas por el paciente.<sup>13</sup>

#### 4.1.3 TRATAMIENTO.

El tratamiento de la queilitis angular, se basará fundamentalmente en eliminar el agente causal; así pues, si existe una disminución de la dimensión vertical, esta se reestablecerá. Si hay sospecha de candidiasis, se aplicarán pomadas de nistatina; mientras que, si se piensa en otros agentes infecciosos se aplicarán pomadas de nistatina y antibióticos.

---

<sup>13</sup> Tomas Velásquez. Anatomía y Patología Bucal. Pp.98

Si existen déficit nutricionales o enfermedad sistémica, se tratarán mediante la administración medicamentosa del elemento hasta normalizar sus cifras y prescribir vitaminas de complejo B en caso de alguna deficiencia.

## 4.2 CANDIDIASIS.

Candidiasis es hoy un término ampliamente aceptado para abarcar muchas formas clínicas de infección por miembros del género *cándida*. Otros sinónimos utilizados son "candidosis" y "moniliasis". Todos los miembros del género están presentes como comensales que se vuelven patógenos cuando tiene lugar una alteración de la inmunidad del huésped. Entre los agentes infecciosos oportunistas, los miembros del género *cándida* suelen ser los primeros en sacar partido de cualquier reducción del sistema defensivo de la célula huésped

### *CÁNDIDA ALBICANS.*

El género *cándida* incluye ocho especies de hongos, de los cuales *cándida albicans* puede presentarse en forma de levadura (espora), levadura con pseudohifas o en forma de largas hifas tabicadas ramificadas. La forma de hifas suele estar presente cuando se aíslan los microorganismos a partir de un proceso infeccioso.<sup>10</sup>

### 4.2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

En el interior de la cavidad oral las infecciones por *cándida albicans* tiene lugar en la superficie de la mucosa, donde adoptan varias formas clínicas. Algunas son blancas y se pueden eliminar fácilmente mediante rascado, mientras que otras no. Algunas tienen un aspecto rojo brillante, lo cual se debe a atrofia y erosión del epitelio y a una intensa inflamación del tejido conjuntivo subyacente.

Una clasificación de los tipos fundamentales de candidiasis oral son:

1. aguda.

- seudomembranosa ( muguet).
- Atrófica ( eritematosa)

2. crónica.

- Hiperplásica ( leucoplasia candidiásica)

Algunas de las lesiones asociadas a *cándida albicans* son:

- Queilitis angular ( boqueras).
- Glositis romboidal media.
- Estomatitis protésica.

#### 4.2.2 ETIOLOGÍA.

La candidiasis es el prototipo clásico de una infección oportunista. Se trata de un microorganismo comensal de la cavidad oral que se convierte en patógeno cuando existen los factores predisponentes apropiados. Un gran número de factores pueden predisponer al tejido oral al desarrollo de candidiasis son los siguientes:

- Saliva ácida.
- Xerostomía.
- Uso nocturno de la dentadura protésica.
- Tabaquismo en grado importante.
- Individuos de grupo sanguíneo O.
- Trastornos inmunológicos.
- Terapéutica antibiótica.
- Terapéutica esteroidea.

---

<sup>10</sup> Phillip Sapp. Patología Oral y Maxilofacial. Pp.230

- Deficiencia de hierro, ácido fólico y vitaminas.
- Malnutrición.
- Dietas ricas en carbohidratos.
- Diabetes mellitus.
- Infección por VIH.
- Anomalías endocrinas.
- Displasia epitelial.
- Radio-quimioterapia.
- Vejez-lactancia.

#### 4.2.3 CANDIDIASIS ATRÓFICA ( ERITEMATOSA).

La forma clínica de infección por *cándida albicans*, en la cual la mucosa está adelgazada, lisa, y de color rojo brillante con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad. Normalmente se encuentra en paladar debajo de una dentadura protésica, pero también se observa en la lengua y otras superficies mucosas.

En pacientes no inmunosuprimidos, la candidiasis atrófica es más frecuente en pacientes portadores de dentaduras mal ajustadas o en quienes llevan dicha dentadura puesta continuamente. Se ha denominado también "irritación oral por dentadura " y se presenta en forma de área roja generalizada de tejido atrófico, comúnmente en el paladar.

Se encuentra principalmente debajo de las dentaduras protésicas superior en pacientes mayores y más frecuentemente en los pacientes que no limpian suficientemente las prótesis ni se las quitan por la noche.

En las etapas iniciales existen áreas de erosión superficial y petequias. La principal molestia es una sensación de quemazón continua en el áreas afectada. La candidiasis puede afectar también a la lengua, en cuyo caso esta presenta un aspecto liso y rojo " carnososo ". Este aspecto se debe a la ausencia de papilas filiformes, a un adelgazamiento generalizado del epitelio y a una inflamación excesiva del tejido conjuntivo.

Los pacientes se quejan de sensibilidad intensa y dolor ante la exposición de líquidos calientes y fríos, alimentos picantes y bebidas alcohólicas. Los frotis citológicos fracasan por lo general en la demostración de las micelares de los hongos, aunque un escultinio cuidadoso puede revelar a veces formas esporuladas del hongo.

Debido a sus aspecto clínico característico, especialmente en pacientes susceptibles, puede instaurarse tratamiento con agentes antifungicos en una base de pomada aplicada sobre la superficie tisular de la prótesis. La resolución del trastorno en un periodo de 1 a 2 semanas confirma el diagnostico. Para conseguir una curación prolongada es preciso identificar y corregir los factores predisponentes y tratar la infección existente en forma tópica o sistémica

#### 4.2.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En las infecciones por *cándida albicans*, se tienen que diferenciar de varias entidades que incluyen quemaduras químicas, ulceraciones traumáticas, parches en la mucosa por sífilis y lesiones queratósicas blancas.

Las lesiones rojas aisladas, de la forma atr6fica aguda deben distinguirse de las reacciones medicamentosas y las quemaduras t6rmicas y pueden simular liquen plano erosivo, lupus eritematoso discoide y casos iniciales o leves de eritema multiforme.

## 4.3 GLOSITIS ROMBOIDAL MEDIAL.

### 4.3.1 ETIOLOGÍA.

Es una alteración relativamente rara de la lengua que aparece en menos del 1% de la población general y es más frecuente en varones. Hoy en día ya no se considera universalmente una anomalía congénita, tal como se pensaba antes por la persistencia del tubérculo impar, que no se retraía antes de la fusión de las dos mitades de la lengua. Se ha postulado que sea la consecuencia de una infección crónica por *cándida albicans*, favorecida por el hábito de fumar, pequeños traumatismos o prótesis.<sup>6</sup>

### 4.3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se presenta en la línea media del dorso lingual, por delante de las papilas circunvaladas, en forma de área rojiza, romboidal, plana y algunas veces mamelonada, que puede sobresalir de dos a cinco mm de la superficie y en la que no se observan papilas filiformes. por lo general es asintomática, aunque en ocasiones cause dolor de poca intensidad.

### 4.3.3 HISTOPATOLOGÍA.

Al examen microscópico se encuentra hiperplasia epitelial que se presenta como invaginaciones epiteliales de tipo bulboso. En las capas superiores del epitelio pueden encontrarse hifas de *cándida albicans* y el epitelio se separa de las estructuras más profundas por una banda gruesa de tejido conectivo hialinizado.

---

<sup>6</sup> Regezi. Patología Bucal. Pp.235

#### **4.3.4 TRATAMIENTO.**

Eliminar agentes irritantes ( superficies linguales de la prótesis).  
Instaurar tratamientos prolongados durante meses con medicamentos antifungicos como nistatina, miconazol en gel o pomadas de ketoconazol al 2%

#### **4.4 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LESIONES POR USO DE PRÓTESIS COMPLETAS.**

En tanto que la cita de colocación de la prótesis por lo general representa para el paciente la culminación de sus esperanzas y anhelos, existen todavía algunos objetivos que deben lograrse y que forman gran parte del tratamiento general, y es importante que se designe el tiempo suficiente para su realización.

Esos objetivos son los siguientes:

- Hacer que la prótesis sea tan confortable como sea posible.
- Enseñar al paciente la forma de colocar y retirar la prótesis y el cuidado que debe tener con ella.
- Instruir al paciente acerca de los métodos adecuados para mantener la cavidad bucal y los dientes remanentes en un estado escrupuloso de limpieza.
- Reforzar la educación que sea impartida con respecto a lo anterior, en relación con las pequeñas molestias que puede experimentar mientras se acostumbra a la prótesis.

La cita para la colocación de la prótesis será de preferencia en las primeras horas del día, con el fin de dar tiempo suficiente para que el paciente pueda llamar pidiendo instrucciones, si surge alguna duda después de usarla por un breve periodo, o si es necesario que regrese al consultorio si experimenta alguna molestia inesperada.

Otro motivo es que la mayor parte de los pacientes tienden a ser mas optimistas en las primeras horas del día.

También es necesario considerar el día de la semana, la entrega de la prótesis no debe ser programada para el último día de la semana de trabajo, debido a que es necesario observar al paciente 24 horas después de la colocación. Aunque con frecuencia la prótesis no requiere ajuste en ese tiempo, resulta agradable para el paciente que se le asegure, después de un día de uso, que todo se encuentra correcto dentro de su boca.<sup>14</sup>

#### 4.4.1 CONSEJOS AL PACIENTE,

La absoluta familiaridad del dentista con todos los aspectos del empleo y mantenimiento de la prótesis bucal, pueden originar que pasen por alto el hecho de que, para la mayor parte de los pacientes, el empleo de una prótesis bucal es una experiencia completamente nueva. Por lo tanto, es necesario que se le indique al paciente:

- La forma adecuada de insertar y retirar la prótesis de la boca.
- La forma de mantener los dientes naturales y los artificiales en un estado escrupuloso de limpieza.
- Las desventajas del uso nocturno de la prótesis.
- La importancia del mantenimiento periódico de la prótesis.

#### HIGIENE BUCAL.

Con raras excepciones, el paciente desdentado ha llegado hasta este estado, como consecuencia de la falta de cuidado de los fundamentos básicos de la higiene bucal.

---

<sup>14</sup> Ernest L. Miller. *Prótesis Parcial Removible*. Pp.168

A menos que se le motive para cambiar en forma radical sus hábitos personales y se le pueda convencer para que mantenga un hábito adecuado de limpieza bucal, el pronóstico de la prótesis será reservado.

La prótesis parcial debe de ser cepillada con agua fría después de cada alimento y antes de acostarse con el cepillo bucal que utiliza del diario. Se puede utilizar una solución especial para sumergir la prótesis durante quince minutos y así poder desinfectarla.

### **Medios de higiene oral para el cuidado y el mantenimiento de prótesis completas y removibles parciales.**

Limpiadores y adhesivos para prótesis.

Cepillo para prótesis.

Colutorios de fluoruro sin receta.

Fármacos como:

Sustitutos salivares.

Fluoruro.

Gluconato de clorhexidina.

Limpiador lingual.

Folleto de instrucciones para el cuidado y el uso de las prótesis completas y removibles parciales.

### **USO NOCTURNO DE LA PRÓTESIS.**

Desde el punto de vista de la fisiología y preservación de los tejidos bucales, no existe duda de que la prótesis debe dejarse fuera de la boca por la noche durante el sueño, con el fin de permitir que se recuperen los tejidos bucales.

Igualmente importante es proporcional a la lengua, carrillos y labios la oportunidad de ejercer su acción limpiadora en las zonas de los dientes remanentes que carecen de autolimpieza debido a la presencia de la prótesis.

#### 4.4.2 TRATAMIENTOS PARA EL REAJUSTE DE LA PRÓTESIS.

En muchas de las ocasiones, debido a prótesis mal ajustadas se originan tejidos hiperémicos, hipertróficos e irritados en forma crónica. Para evitar que esta condición persista, es necesario instituir un tratamiento que permita a los tejidos alcanzar un estado de salud y contorno normal antes de llevar a cabo el procedimiento de reajuste.

Este tratamiento consiste en los siguientes factores

- Descanso completo de los tejidos.
- Intervención quirúrgica.
- Empleo de un material de tratamiento de tejidos.

##### DESCANSO COMPLETO DE LOS TEJIDOS.

Este método consiste en retirar la prótesis de la boca hasta que los tejidos hayan regresado hasta su contorno normal y hayan alcanzado un estado de salud. Aunque este es un método eficaz, y resulta el más económico, con frecuencia recibe la oposición del paciente. Por esta razón, resulta el menos factible para la mayor parte de los pacientes.

## INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

La intervención quirúrgica tiene dos graves inconvenientes:

- se somete al paciente a una operación desagradable, seguida de un periodo de cicatrización incomodo.
- Aplica el riesgo de eliminar tejido que puede ser útil para soportar la prótesis.

Además, la observación clínica revela el hecho de que raras veces es necesario intervenir quirúrgicamente, a excepción de la hiperplasia papilar y el *épulis fissuratum*, en que puede ser necesario para erradicar completamente las pequeñas proyecciones papilares o el tejido hiperplásico en el paladar.

## MATERIAL ACONDICIONADOR DE TEJIDOS

El material acondicionador de tejidos consiste en un polvo de polimetilacrilato al cual se añaden plastificantes y retardadores con el fin de tener un control (retardar) sobre la polimerización de la resina. El polvo se mezcla con un líquido compuesto principalmente por alcohol etílico. Debido a que el material no endurece en varios días (ya que el alcohol se pierde lentamente), el tejido dañado se ve liberado de la causa principal de irritación. La eliminación del irritante proporciona una oportunidad para que el tejido recupere su contorno normal y regrese a su estado de salud. En general, el material colocado en la parte interna de la prótesis se reemplaza aproximadamente en intervalos de tres días, con el fin de que continúe proporcionando una acción amortiguadora suave entre la mucosa irritada y la base rígida de la prótesis.

Es sumamente importante que se elimine por completo cualquier borde cortante que pueda contribuir a la irritación. Esto implica el desgaste de los bordes de la prótesis.

Numerosos autores consideran que el material de tratamiento de tejidos debe ser empleado en forma rutinaria, antes de proceder al reajuste o a la nueva elaboración de cualquier prótesis bucal. Este razonamiento se basa en la opinión de que cuando la prótesis ha alcanzado un punto en que no ajusta en su base, esto revela que el tejido de soporte ha sido dañado, y que por lo tanto ha perdido su contorno normal. Por ello, es necesario proporcionar al tejido la oportunidad de regresar a su estado de salud antes de soportar la carga de otra prótesis.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ernest L. Miller. *Protesis Parcial Removible*. Pp.179

## 5. CONCLUSIONES.

Las lesiones protésicas son provocadas por factores irritativos o traumáticos y debido a que son muchos los factores que intervienen en su aparición.

- mala higiene.
- uso nocturno.
- Desajustes en la prótesis.
- Factores inmunosupresores.
- Uso prolongado de la prótesis.
- Presencia de xerostomía.
- Superficies ásperas y porosas.
- Cámaras de vacío.

provocando los siguientes efectos nocivos:

- Resorción ósea.
- Inflamación de los tejidos.
- Presencia de úlceras.
- Dolor o molestias al paciente.
- Infecciones por agentes oportunistas.

Es importante que el cirujano dentista evite provocar estos factores y tener una comunicación abierta con el paciente para explicar el uso adecuado de la prótesis y medidas de higiene adecuadas.

Para concluir podemos mencionar factores importantes para la prevención de las lesiones tales como:

- Indicar una buena higiene al paciente, refiriéndole los métodos por los cuales puede lograrse.
- Hacer indicaciones de evitar el uso nocturno de la prótesis, para así dejar descansar los tejidos de soporte.
- El cirujano dentista debe de realizar desde el inicio del tratamiento protésico una buena calidad de impresión para evitar desajustes prematuros.
- Así como también eliminar bordes de la prótesis que produzcan molestias o irritaciones al paciente.

## 6. GLOSARIO

**Atrófico:** que pertenece a la atrofia. Disminución del volumen de un tejido, órgano, parte o células que habían alcanzado un desarrollo normal. Dicha disminución se lleva a cabo de manera lenta, generalizada y difusa.

**Comensal:** Carácter del organismo que se asocia o vive en otro y se beneficia de ello, sin acarrearle perjuicios o beneficios.

**Criocirugía:** Maniobra quirúrgica por medio de la cual se destruye tejido mediante la aplicación de frío extremo.

**Displasia:** Anomalía de desarrollo o de crecimiento de tejidos u órganos.

**Epitelio:** tejido que a modo de lamina recubre todas las superficies libres externas e internas del cuerpo. Las células que lo componen están muy próximas unas de otras, adoptando formas y disposiciones variables.

**Estroma:** Trama de un tejido orgánico. Tejido conjuntivo que forma la matriz de un órgano. Armazón, elementos que soportan un órgano, una glándula o una estructura.

**Excrecencia:** Tumor saliente que emerge de la superficie de la piel o mucosa, por ejemplo, un pólipo o una verruga.

**Granular:** Constituido por granos o gránulos. Reducir una masa a granos. Conferirle a una superficie una textura granulosa.

**Hiperalgnesia:** aumento anormal de la sensibilidad al dolor.

**Hístico:** relativo a los tejidos, o de su naturaleza.

**Parafuncional:** relativo a una función que se lleva a cabo anormalmente. Ejemplo, bruxismo o apretamiento dentario.

**Paraqueratosis:** Cornificación del epitelio de la mucosa bucal, pero con una estructura viciada; esta ausente la capa granulosa y, además, la capa cornea presenta núcleos. (engrosamiento del estrato corneo)

**Ptialina:** antigua denominación de la tialina o amilasa salival.

**Queratinización:** Proceso de maduración por el cual células provenientes de mitosis que tienen lugar en la capa basal del epitelio, luego de migrar hacia la superficie de este se impregnan de queratina. Esto tiene lugar a nivel del estrato corneo.

**Urente:** Quemante, abrasador, sensación de quemadura.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Estomatología Geriátrica.  
OZAWA DEGUCHI JOSE Y.  
Editorial Trillas.  
1ª edición.
- 2 Prostodoncia Total.  
BOUCHER, CARLO.  
Editorial Interamericana.  
10ª edición.
- 3 Odontología Protésica.  
OWALL – KAYSER – CARLSSON.  
Editorial Mosby.  
1ª edición.
- 4 Cirugía Bucal.  
RODRÍGUEZ DONADO MANUEL.  
Editorial Masson.  
2ª edición.
- 5 Patología Bucal.  
JOHN GRUNTA.  
Editorial interamericana.
- 6 Patología Bucal.  
REGEZI.  
Editorial McGraw – Hill.  
2a edicion.

- 7      **Cirugía Maxilofacial.**  
**KRUGER GUSTAVO.**  
Editorial Panamericana.  
5ª edición.
  
- 8      **Patología Oral.**  
**THOMAS KURT HERMANN.**  
Editorial Salvat.
  
- 9      **Tratado de Patología Bucal.**  
**WILLIAM G. SHAFER.**  
Editorial Interamericana.  
4a edición.
  
- 10     **Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea.**  
**PHILLIP SAPP.**  
Editorial Horcourt.  
Madrid.
  
- 11     **Medicina Oral.**  
**BAGAN SEBASTIÁN.**  
Editorial Masson
  
- 12     **Prótesis para Desdentado.**  
**KIEL. HORST UHLIG.**  
Editorial Bush.
  
- 13     **Anatomía y Patología Bucal.**  
**TOMAS VELÁSQUEZ**  
Editorial Prensa.

- 14** **Prótesis Parcial Removible.**  
**ERNEST L. MILLER.**  
**Editorial interamericana.**  
**1ª edición.**